附件2

青岛西海岸新区健康服务共同体人民医院组团

公开招聘派遣制工作人员报名表

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生 年月 |  | 政治面貌 |  | 相片 |
| 户口所在地 |  | 工作单位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业学校 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 手机 |  |
| 邮箱 |  | 身份证号码 |  |
| 主要学习工作经历  |  |
| 资格证书情况 |  |
| 主要家庭成员关系 |  |
| 诚信承诺 |  本人承诺以上信息属实，对因信息不实或违反纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  （签字） 年 月 日  | 资格审查意见 |  |